



COOPDISALUD LTDA

Cooperativa Multiactiva de los Servidores y Pensionados de la Salud Ltda.

V/C-2025.01

Res. 0849 - Marzo 5/96
NIT. 830.016.184-8

No. Radicación

FECHA:
MM / DD / AAAA

SOLICITUD DE CREDITO PERSONA NATURAL (1/2)

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRES Y APELLIDOS: No. IDENTIF.:
DEUDOR SOLIDARIO: No. IDENTIF.:

Valor solicitado: Plazo:

ORDINARIO	CONSUMO	MEJORAM/TO VIVIENDA	CONSUMO III	RECREACIÓN	EDUCATIVO
EXTRAORDINARIO	CONTRA APOORTE	CONTRA PRIMA	EXPRESS Y CONVENIOS	OTRO	

TÉRMINOS FIJOS			RECOGE LIBRANZA	
FECHA	MM / DD / AAAA	\$	No.	Cuota \$
FECHA	MM / DD / AAAA	\$	No.	Cuota \$
FECHA	MM / DD / AAAA	\$	No.	Cuota \$
			No.	Cuota \$

INFORMACIÓN PERSONAL

LUGAR DE NACIMIENTO: NACIONALIDAD:

ESTADO CIVIL: CASADO SOLTERO UNIÓN LIBRE VIUDO(A) OTRO No. HIJOS PERSONAS A CARGO

NIVEL DE ESTUDIOS: PRIMARIA SECUNDARIA TÉCNICO TECNÓLOGO PRODESIONAL ESPECIALIZACIÓN

OTRO: CÚAL? PROFESIÓN:

CABEZA DE HOGAR? SI NO DIR. DOMICILIO:

TIPO DE VIVIENDA: APARTAMENTO CASA BARRIO:

CONDICION: PROPIA FAMILIAR

HIPOTECA: SI NO A FAVOR DE:

ARRENDADA: SI NO CANON DE ARRENDAMIENTO: \$

ESTRATO: CIUDAD: CELULAR: Y/O:

EMAIL: Y/O:

ACTIVIDAD PRINCIPAL: EMPLEADO PENSIONADO OTRA ACTIVIDAD CIU: 10

EMPRESA DONDE LABORA: CARGO:

TRAB. PRIVADO TRAB. OFICIAL EMP. PUBLICO TIPO CONTRATO: PLANTA PROVISIONAL CRA. ADM/TIVA. F_INGRESO: MM / DD / AAAA

DEPARTAMENTO: CIUDAD: DECLARA RENTA: SI NO

¿MANEJA RECURSOS PÚBLICOS? SI NO; ¿ES USTED O TIENE RELACIÓN CERCANA CON UNA PERSONA EXPUESTA PÚBLICAMENTE?

SI NO PARENTESCO; ES USTED UNA PERSONA QUE REALIZA ACTIVIDADES DE CANJE DE DINEROS,

TRANSFERENCIAS, FONDOS, FIDEICOMIZOS, REMESAS, SI NO DETALLE Y ADJUNTE DOCUMENTOS

ENTIDADES CON LA CUAL TIENE SERVICIOS FINANCIEROS:

DIRECCIÓN ENVÍO CORRESPONDENCIA: DOMICILIO OFICINA CORREO ELECTRÓNICO OTRA

FORMA DE DESEMBOLSO

CHEQUE: TRANSFERENCIA: BANCO:

Observaciones: Las TRANSFERENCIAS ELECTRÓNICAS solamente se realizan al solicitante quien debe ser el titular de la cuenta. Por primera vez deberá anexar certificación bancaria

PARA TENER EN CUENTA

El solicitante declara que conozco la totalidad de la libranza pagaré, el reglamento que rige el crédito otorgado, los cuales acepta sin reserva alguna y manifiesto que he conservado copia con el plan de pagos anexo, donde se evidencia todas las condiciones del crédito tales como: valor solicitado; valor desembolsado; montos recogidos; tasas de interés, modalidad de las cuotas; fecha de inicio de pagos, plazo; y vencimiento, entre otros, todos ellos descritos en el plan de pagos que hace parte integral de título valor mencionado, así como las condiciones de consulta, verificación y consolidación de la información para establecer el análisis del miamo. COOPDISALUD se ciñe a lo indicado por la Ley 2300 de 2023, conocida como "Dejen de Fregar", la cual regula los canales, horarios y periodicidad en los que las empresas pueden contactar a los consumidores, especialmente para fines de cobranza y publicidad. Busca proteger el derecho a la intimidad de los consumidores y limitar el acoso por parte de entidades financieras y comerciales.	El suscriptor autoriza expresa e irrevocablemente a Coopdisalud para que, en caso de ser admitido formalmente en un proceso de INSOLVENCIA económica de persona natural no comerciante, conforme a lo establecido en la Ley 1564 de 2012 y sus modificaciones, realice el cruce de cuentas entre las obligaciones derivadas del presente título valor y todos aquellos a mi cargo, y los saldos de aportes sociales, ahorros permanentes, cuentas contractuales o cualquier otro producto de captación de su titularidad, siempre que no exista restricción legal ni contractual que lo impida. El saldo restante de dicho cruce será considerado como el saldo insoluto de la obligación, el cual podrá ser comunicado formalmente al conciliador, notario o juez competente dentro del trámite de insolvencia, para los fines previstos en el proceso.
--	--

SOLICITUD DE CREDITO PERSONA NATURAL (2/2)

SOLICITANTE:

No. IDENTIF.:

AUTORIZACIONES – CERTIFICACIONES - DECLARACIONES

• Autorizo a la Cooperativa para que consulte y reporte información a las centrales de riesgo.	
• Certifico que la información suministrada es verídica y autorizo a la Cooperativa para que la verifique.	
• Estoy informado de mi obligación de actualizar anualmente la información ante la Cooperativa.	
• Declaro que mis ingresos y bienes son lícitos y provienen del desarrollo de mi actividad económica principal.	
• Declaro que la fecha del vencimiento de la primera cuota, será aquella que corresponda a la periodicidad pactada, partiendo de la fecha en que se realice el desembolso, igualmente conozco la totalidad de la libranza pagare y los reglamentos que rigen el crédito otorgado, los cuales acepto sin reserva alguna y manifiesto que he conservado copia.	
• Autorizo voluntariamente el envío de información relacionada a Coopdisalud vía mensajes SMS, correo electrónico y WhatsApp: SI ____ NO ____	
• En constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C., a los ____ días, del mes _____ del año _____	
FIRMA – No. IDENTIFICACIÓN 	

INFORMACIÓN SOCIOECONÓMICA

■ INGRESOS MENSUALES		■ ACTIVOS	
Sueldo o pensión	\$		\$
Honorarios	\$	■ PASIVOS	\$
Otros ingresos de nómina	\$	■ PATRIMONIO (Act-Pas)	\$
Detalle otros de nómina:			
Ingresos extra-laborales:	\$	Concepto:	
■ EGRESOS MENSUALES			
(Educación, créditos, arriendos)	\$		

PARA USO EXCLUSIVO DE COOPDISALUD LTDA.

CONDICIONES E INFORMACIÓN PARA LA APROBACIÓN DEL CRÉDITO				
Excedentes	\$	Créditos activos		\$
Estímulo al ahorro	\$	Cupo disponible	\$	
Aportes	\$	Capacidad pago mensual	\$	
Acumulado	\$	Crédito aprobado	SI	NO
Fecha de aprobación	MM / DD / AAAA	Monto aprobado	\$	
Valor cuota	\$	% Tasa interés / No. Lib. pagaré	%	
_____ Vo/Bo. Coordinador Comité				
_____ Vo/Bo. Integrante Comité	_____ Vo/Bo. Integrante Comité	_____ Vo/Bo. Integrante Comité		
_____ Vo/Bo. Presidente Consejo		_____ Vo/Bo. Secretario Consejo		
_____ Elaboró - Analista		_____ Vo/Bo. Gerente		
Observaciones:				
"Este documento contiene información protegida por la Ley 1581 de 2012. Se prohíbe su divulgación o uso no autorizado. Esta Ley también conocida como la Ley de Protección de Datos Personales, establece los lineamientos para el tratamiento de datos personales en Colombia, garantizando los derechos de los ciudadanos a la privacidad y al habeas data.				